

CANCER DE CUELLO UTERINO

DATOS ANATOMO-CLINICOS. DIAGNOSTICO TEMPRANO. ETAPAS EVOLUTIVAS

Por el Dr. CONRADO ZUCKERMANN (*)

Homenaje a NORMANDO ARENAS, el gran ginecólogo argentino, recientemente fallecido.

Presentamos en forma sintética los hechos que consideramos actualmente útiles y aceptados en forma general. A este respecto debemos señalar que la bibliografía es sumamente numerosa, las opiniones en ocasiones divergen y que precisamente en relación con ello se efectúan con frecuencia mesas redondas y simposios que tratan de unificar los criterios.

I. SITIO INICIAL FRECUENTE

DE acuerdo con numerosas observaciones, se afirma que el sitio en donde con mayor frecuencia se inicia el proceso canceroso del cuello uterino, es la zona de transición, es decir, aquella en la que se realiza el cambio del epitelio pavimentoso estratificado del exo-cervix al cilíndrico-glandular correspondiente al endo-cervix. Como se sabe, esta zona está situada algo hacia adentro del orificio externo del cervix y en relación con lo anterior quedaría explicado el por qué las conizaciones del cuello, en las que precisamente se quita toda la zona transicional, son las más propicias para los exámenes, que pudieran llamarse exhaustivos, en busca de cáncer inicial en el cervix.

Según varios trabajos, en las llamadas células se reserva y en las basales, es donde con mayor frecuencia parece iniciarse el proceso de cancerización, no debiendo olvidarse que también puede principiar en cualquier sitio del cuello uterino, tanto en las capas medias de los epitelios como en las profundas, e inclusive el comienzo y el desarrollo pueden ser multicéntricos, es decir, en varias zonas cervicales a la vez.

II. ESTADOS PRECURSORES

Se ha señalado que diversas alteraciones, sobre todo epiteliales, es posible que estén en relación con la ulterior presencia del cáncer. Así están ano-

(*) Cirujano de la Clínica Mexicana de Cirugía y Radioterapia. Director del Instituto Nacional de Cancerología. México.

tadas las hiperplasias sólidas y aun las quísticas, las llamadas displasias, las hiperqueratosis, las leucoplasias y, principalmente, las alteraciones que en la actualidad se conocen con el nombre de cáncer in situ. Este cáncer in situ, pre-invasor o intraepitelial, sería modificación del epitelio exo o endocervical, en el cual, a pesar de existir alteraciones propias del proceso canceroso, estaría ausente la invasión neoplásica al conjuntivo-vascular yuxtaepitelial, es decir, que el proceso estaría acantonado a los epitelios. Y a este respecto debemos señalar que en algunos casos, considerados como cáncer in situ, puede observarse la penetración de células con aspecto canceroso de un epitelio hacia otro, pero sin pasar la llamada membrana basal del epitelio.

Es precisamente el cáncer in situ o intraepitelial, uno de los que ha dado lugar al mayor número de discusiones, y como una sencilla muestra de esta diversidad de conceptos y de las inseguridades presentes, recordaremos que en forma pintoresca ha sido comparado el cáncer in situ a un perro del cual, al verlo, no se sabe si sólo ladra o también muerde, y del que ha dicho un gran anatomo-patólogo que "ni es cáncer ni deja de serlo".

III. DATOS ANATOMO-MICROSCOPICOS

En el cuello uterino, la inmensa mayoría de los cánceres son de tipo epitelial; siguen en orden de frecuencia los conjuntivos, los musculares y los embrionarios, siendo estos dos últimos muy raros.

Las formas típicas de los cánceres epiteliales del cervix son las de tipo **pavimentoso-estratificado** y las de tipo **cilíndrico-glandular**; también se observan variedades muy anaplásicas en las que es difícil señalar a cuál epitelio corresponden, así como formas **mixtas** y las **intermedias** o **transicionales**.

Hecho muy interesante por su repercusión, sobre todo en el tratamiento radioterápico, es el **grado de diferenciación** de las células tumorales, tanto en las de tipo epidermoide como en las del glanduliforme; existen así las formas indiferenciadas, las medianamente diferenciadas y las bien diferenciadas; en esta última se observarían aspectos evidentemente glanduliformes en los cánceres endocervicales y las formaciones conocidas como globos o glóbulos epidérmicos córneos en los cánceres epidermoides exocervicales.

Otro hecho microscópico de gran importancia es el referente al **índice de malignidad**, para lo cual se toma en cuenta no solamente lo que concierne al aspecto de las células cancerosas, principalmente en lo que se refiere al núcleo y a las reproducciones, sino a la disposición arquitectónica hística, al grado de invasión a los tejidos cercanos y lo que atañe a la reacción estromática, es decir, a las características del conjuntivo-vascular tumoral. Clásico es considerar cuatro grados de malignidad creciente; I, II, III y IV. El cáncer in situ se considera a este respecto como el representante del grado 0.

IV. ASPECTOS ANATOMO-MACROSCOPICOS

Entre la forma macroscópicamente más ostensible, evidente, del cáncer del cuello uterino, que es la vegetante o del hongo canceroso y aquella infiltrante con pocas alteraciones visibles, existen tipos intermedios en los cuales predomina el proceso ulcerativo, el papilomatoso, o el endurecimiento y aun reblandecimiento de los tejidos, etc.

V. ETAPAS EVOLUTIVAS CLINICAS

Las clasificaciones en relación con la evolución del proceso canceroso — con existencia de propagaciones cercanas o lejanas— han sido realizadas por numerosos autores, pero sólo nos referiremos a la **internacionalmente aceptada**, en la que se consideran cuatro etapas evolutivas. En la **primera** el cáncer estaría confinado al cuello uterino; en la **segunda** saldría de la zona cervical, invadiría las partes cercanas vaginales y del parametrio pero sin llegar a la pared pélvica; en la **tercera** llegaría a la pared pélvica, por amplia invasión paramétrica o por su propagación ganglionar ilíaco-obturatriz; en la etapa **cuarta** el proceso puede llegar a la pared vesical, a la rectal, a toda la vagina, a los ganglios situados arriba del promontorio, al esqueleto y a vísceras como pulmones, hígado, etc.

A propósito de lo anterior es de señalarse que la clasificación de las piezas operatorias con frecuencia no corresponde a lo anotado en el estudio clínico, pero para fines estadísticos se toman los datos clínicos preoperatorios.

VI. DETECCION CITOLOGICA

Antes de referirnos al diagnóstico temprano de este grave padecimiento, anotaremos que es precisamente el estudio de las células descamadas del cervix lo que está sirviendo, en la actualidad, como uno de los mejores medios para descubrir, identificar, la cancerización del cervix antes de que el proceso sea ostensible —con manifestaciones clínicas evidentes—.

Esta es la pesquisa, investigación o detección citológica que, como ya indicamos, es capaz de permitir se aprecie la existencia del padecimiento antes de toda manifestación o cuando éstas son apenas reconocibles

En el caso del **cáncer in situ**, que es como regla asintomática, el examen citológico permitiría la identificación; la ratificación o rectificación estará a cargo del examen histopatológico.

Es bien conocida la clásica división en cinco grados de los frotis celulares en busca de cáncer, considerándose que los grados IV y V corresponden en la mayoría de los casos a cáncer.

VII. EXAMEN CLINICO HABITUAL

Consideramos indispensable hacer presente que si el examen citológico es primordial para la detección de casos asintomáticos y de aquellos con mínimos o casi ausentes alteraciones en el cervix, es el examen clínico habitual, en particular el tacto vagino-cervical y el examen con espejo, lo que permite identificar, en la mayoría de los casos, cánceres del cuello uterino cuando ya tienen manifestaciones evidentes como son: deformación, endurecimiento, aumento de tamaño, saliente, ulceración, estado papilomatoso-vegetante, etc.

Es de señalarse que existen algunas formas de cáncer del cuello uterino, ya invasoras e inclusive con marcado crecimiento interno (partes profundas del cervix, vecinas del cuello uterino) que son asintomáticos y no alteran, macroscópicamente, la parte visible del cervix; es lo que se conoce con el nombre de cánceres ocultos que corresponden a cánceres desarrollados en la parte profunda del epitelio exocervical o endocervical.

Las colposcopías, microcolposcopías, el procedimiento de tinción por solución yodo-yodurada, etc., son exploraciones complementarias muy útiles pero no forzosamente indispensables.

En el cuello uterino pueden observarse, en relación con las alteraciones señaladas, la existencia de otros padecimientos, como son, tuberculosis, sífilis, etc., pero ello es excepcional y puede afirmarse que toda alteración anatómica del cuello uterino, sobre todo si es evidente y duradera, debe ser considerada como cancerosa mientras no se muestre lo contrario por examen biopsico.

VIII. BIOPSIA

La biopsia realizada en el sitio donde se considera que es más probable la existencia de cáncer, es el procedimiento de certeza para el diagnóstico del cáncer del cuello uterino. Dicho sitio está determinado por los datos de la exploración previa (espejo, tacto) y las tomas pueden ser únicas o varias.

No negamos que la biopsia está limitada en el tiempo, es decir, al momento en que se realiza el examen, y al lugar, o sea al sitio en que se toma el fragmento del tejido, pero ello no le quita valor y en todo caso los errores están en relación con el hecho de que la toma de tejido no fue hecha en lugar apropiado y con el número de veces que se haga la biopsia. La repetición de la toma biopsica será necesaria cuando, existiendo marcada sospecha, la respuesta histológica sea negativa.

IX. CANCER DEL CERVIX Y GRAVIDEZ

Por último, nos referiremos al diagnóstico del cáncer del cuello uterino asociado con gravidez, el cual debe realizarse con todo cuidado y gran de-

talle, pues la exploración ginecológica habitual y la biopsia correctamente efectuada, no ponen en peligro la evolución gravídica y sí permiten identificar la existencia de cáncer concomitante al fisiológico estado gravídico.

X. INFERENCIAS

1. Es de afirmarse, que con los medios habituales de examen, de exploración, es factible y seguro el diagnóstico de cáncer del cuello uterino y que esto puede y debe procurarse hacer en la etapa temprana, local, del proceso.

2. Los exámenes clínicos iniciales —tacto, espejo— permiten, en alto porcentaje de casos, sospechar y casi afirmar la existencia de cáncer del cuello uterino en las formas ostensibles.

3. El examen citológico cérvico-vaginal y la colposcopia cervical (traqueloscopia) son los mejores procedimientos de indagación y útiles, sobre todo, en casos asintomáticos.

4. La pesquisa citológica es particularmente útil como método detector y realizarla en casos ostensibles con finalidad diagnóstica, es inadecuado trabajo.

5. El examen histopatológico es el procedimiento de segura información, definitivo en su positividad para diagnóstico e indispensable para la terapéutica.

6. Es el conjunto de datos: macroscópicos del cervix, biopsia, etapa evolutiva y los concernientes a topografías vecinas y aprecio de los demás datos de la paciente, lo que suministra el diagnóstico íntegro, base del tratamiento.